

Anna ZIELIŃSKA

Najnowsze wytyczne ESC



fot. istockphoto.com

Na XXIII Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego omówiono najważniejsze zmiany w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology – ESC*) dotyczących przewlekłych zespołów wieńcowych, ostrej zatorowości płucnej, dyslipidemii, częstoskurczów nadkomorowych oraz cukrzycy, stanów przedcukrzycowych i chorób sercowo-naczyniowych, zaprezentowanych na ostatnim Kongresie ESC. W ich przygotowaniu brali udział również polscy eksperci – prof. Piotr Suwalski (częstoskurcze nadkomorowe), prof. Piotr Pruszczyk i prof. Adam Torbicki (ostra zatorowość płucna).

W rekomendacjach pojawił się nowy termin – *przewlekły zespół wieńcowy* – określający jednostkę chorobową wcześniej nazywaną stabilną chorobą wieńcową. Na podstawie objawów klinicznych oraz wywiadu wcześniejszej rewaskularyzacji lub ostrego zespołu wieńcowego wyróżniono sześć scenariuszy klinicznych, które składają się na przewlekły zespół wieńcowy. Zmiany nastąpiły także w zaleceniach dotyczących diagnostyki choroby niedokrwiennej serca – większą wagę nadano tomografii komputerowej naczyń wieńcowych, natomiast elektrokardiograficzny test wysiłkowy uznano za mniej miarodajny. Nowe zalecenia dotyczące zatorowości płucnej powstały we współpracy z Europejskim Towarzystwem Chorób Układu Oddechowego (*European Respiratory Society – ERS*). Ważne zmiany w tym zakresie to: uzależnienie punktu odcięcia dla poziomu D-dimeru od wieku chorego, zalecenie oceny funkcji prawej komory serca nawet u osób z grupy niskiego ryzyka, uznanie

nowych doustnych antykoagulantów (*non-vitamin K antagonist oral anticoagulants – NOAC*) za leki pierwszego wyboru w ostrej fazie. Uporządkowano ponadto wskazania do przedłużonej (powyżej 3 miesięcy) terapii przeciwkrzepliwiej, wprowadzono zredukowane dawki apiksabanu i riwaroksabanu do leczenia przedłużonego powyżej 6 miesięcy i wycofano się z używania terminów sprowokowana i niesprowokowana zatorowość płucna, które mogą być przyczyną błędnej oceny przy podejmowaniu decyzji o czasie trwania terapii. Ponadto u osób z nowotworem dopuszczono stosowanie riwaroksabanu i edoksabanu jako alternatywy dla heparyn drobnocząsteczkowych, z wyłączeniem przypadków nowotworów przewodu pokarmowego z uwagi na podwyższone ryzyko krwawienia. Zaproponowano także nowy algorytm diagnostyczny u kobiet w ciąży. Najważniejsze zmiany w wytycznych w zakresie postępowania w dyslipidemiach dotyczyły celów terapeutycznych. Przy ma-

łym ryzyku chorób sercowo-naczyniowych stężenie cholesterolu LDL powinno wynosić mniej niż 115 mg/dl. U osób z umiarkowanym ryzykiem – poniżej 100 mg/dl. Gdy ryzyko jest wysokie, zaleca się zmniejszenie stężenia cholesterolu LDL o minimum 50 proc. i poniżej 70 mg/dl. Ryzyko bardzo wysokie wiąże się z rygorystycznymi zaleceniami – wskazane jest zmniejszenie stężenia cholesterolu LDL o minimum 50 proc. i poniżej 55 mg/dl, a u wybranych chorych nawet poniżej 40 mg/dl. Podkreślono także, że wstępna terapia powinna obejmować modyfikację stylu życia.

Po raz pierwszy od wielu lat w zaleceniach pojawił się częstoskurcz nadkomorowy, obejmujący arytmie przedsionkowe i przedsionkowo-komorowe z wyłączeniem migotania przedsionków. Zmiany dotyczyły głównie sposobu leczenia. W tej grupie chorych nie należy stosować sotalolu. W stanie ostrym wskazane jest wykonanie manewru wazowagalnego i podanie adenozyliny. W nawracających, ogniskowych arytmiach w pierwszej kolejności należy proponować choremu ablację. U kobiet w I trymestrze ciąży zaleca się unikanie podawania leków antyarytmicznych, jednak kiedy zachodzi taka konieczność, należy rozważyć podanie selektywnego β 1-adrenolityku (z wyjątkiem atenololu) lub werapamilu u chorych bez zespołu Wolffa-Parkinsona-White'a (WPW), a u pacjentek z zespołem WPW bez strukturalnej choroby serca – flekainidu bądź propafenonu. Ponadto w diagnostyce u osób z bezobjawowym zespołem preekscytacji wykonujących zawód wysokiego ryzyka lub będących sportowcami wyczynowymi zaleca się wykonanie badania elektrofizjologicznego serca.

Zaprezentowano także wytyczne dotyczące cukrzycy, stanu przedcukrzycowego i chorób układu sercowo-naczyniowego opracowane we współpracy z Europejskim Stowarzyszeniem Badań nad Cukrzycą (*European Association for the Study of Diabetes – EASD*). Pierwsza zmiana dotyczyła oceny skuteczności leczenia cukrzycy. Dla większości chorych utrzymano wymagany odsetek hemoglobiny glikowanej (Hb_{A1C}) poniżej 7 proc., natomiast w indywidualnych przypadkach, zwłaszcza u osób młodych, u których niedawno postawiono diagnozę, bez powikłań, bez ryzyka hipoglikemii, zaleca się podejście bardziej ry-

gorystyczne – należy dążyć do osiągnięcia Hb_{A1C} poniżej 6,5 proc. Z drugiej strony dopuszczana się jako cel terapeutyczny Hb_{A1C} poniżej 8 proc., a nawet poniżej 9 proc. u osób starszych, z powikłaniami sercowo-naczyniowymi czy epizodami hipoglikemii. Ponadto ustalono cele leczenia hipertensyjnego. U chorych na cukrzycę ciśnienie rozkurczowe powinno wynosić 70–79 mm Hg, a skurczowe ok. 130 mm Hg – u młodszych chorych najlepiej 120–129 mm Hg, a u osób powyżej 65. roku życia 130–139 mm Hg. Pojawiły się także zmiany w definicji ryzyka sercowo-naczyniowego w tej grupie chorych. Ryzyko umiarkowane dotyczy młodych pacjentów – z cukrzycą typu 1 poniżej 35. roku życia, a z cukrzycą typu 2 poniżej 50. roku życia, u których chorobę rozpoznano nie więcej niż 10 lat wcześniej, bez towarzyszących innych czynników ryzyka (są to: nikotynizm, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, otyłość, a także podeszły wiek). Osoba chorująca na cukrzycę dłużej (10 lat lub więcej) z przynajmniej jednym czynnikiem ryzyka, któremu nie towarzyszy jeszcze uszkodzenie narządowe (definiowane jako: proteinuria, przewlekła choroba nerek z GFR poniżej 30 ml/min/1,73 m², przerost mięśnia lewej komory serca, retinopatia), znajdzie się już w grupie wysokiego ryzyka. Grupą bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego są pacjenci z cukrzycą i dodatkowo: już rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową, uszkodzeniem narządowym, przynajmniej trzema czynnikami ryzyka lub wywiadem cukrzycy typu 1 o wczesnym początku, trwającej co najmniej 20 lat. Od tego, w której grupie znajdzie się pacjent, zależy decyzja o włączeniu profilaktyki z zastosowaniem kwasu acetylosalicylowego i cel terapii hipolipemizującej. U chorych z wysokim lub bardzo wysokim ryzykiem można rozważyć stosowanie kwasu acetylosalicylowego w dawce 75–100 mg przy ewidentnym braku przeciwwskazań (klasa zaleceń II B), natomiast u osób z ryzykiem umiarkowanym lek ten nie jest rekomendowany (klasa zaleceń III). Nowością są też bardziej rygorystyczne cele terapii hiperlipidemii u osób z cukrzycą typu 2. Już przy umiarkowanym ryzyku sercowo-naczyniowym stężenie cholesterolu LDL powinno wynosić poniżej 100 mg/dl (klasa zaleceń I A), gdy ryzyko jest wysokie – poniżej 70 mg/dl (klasa zaleceń I A), natomiast przy bardzo wysokim ryzyku zalecane jest utrzymanie stężenia cholesterolu LDL poniżej 55 mg/dl (klasa zaleceń I B). Po ukazaniu się bardzo ciekawych wyników ostatnich badań nad lekami przeciw cukrzycowymi: EMPA-REG OUTCOME z empagliflozyną (inhibitorem kotransportera sodowo-glukozowego 2 – SGLT2) i LEADER z lekiem inkretynowym – liraglutylem (agonistą receptora glukagonopodobnego peptydu 1 – GLP-1), leki te weszły do najnowszych wytycznych w I klasie zaleceń. Wykazano, że zmniejszają one śmiertelność całkowitą. Ciągła potrzeba aktualizacji wytycznych to rezultat nieustannego rozwoju nauki – wciąż ukazują się nowe, bardzo interesujące wyniki badań. Każdy kolejny rok to nowe odkrycia i nowe zalecenia. ■